

Hôpital' Expo 2006

16 mai 2006

Discours du Président Claude EVIN

Mesdames, Messieurs,

Je suis très heureux d'ouvrir avec vous aujourd'hui cette nouvelle édition d'Hôpital'Expo.

Il y a deux ans exactement - tout juste élu à la présidence de la FHF - je prononçais mon premier discours d'ouverture de ce traditionnel rendez-vous de la communauté hospitalière publique.

Deux ans déjà...

Emporté par le rythme trépidant d'une actualité hospitalière qui ne nous a guère laissé de repos, j'avoue ne pas avoir vu passer ces deux années.

Depuis quelques temps, c'est en effet un véritable tourbillon de réformes, de difficultés et de contraintes nouvelles qui agite notre monde hospitalier et laisse parfois ses professionnels quelque peu désorientés.

Tel le cycliste en plein effort, c'est le plus souvent le nez dans le guidon ou debout sur les pédales que beaucoup d'entre-vous ont ainsi l'impression d'avancer dans une course à l'issue incertaine...

C'est pourquoi je suis très heureux de vous retrouver à Hôpital'Expo pour ce moment privilégié de pause qui devrait nous permettre - l'espace de quelques jours - de prendre un peu de recul, d'échanger, de tenter d'y voir plus clair dans les évolutions en cours, et peut-être de retrouver un peu de sens dans un environnement hospitalier qui semble de plus en plus tourmenté.

Les difficultés auxquelles l'hôpital est confronté et en particulier la dégradation de sa situation financière, nous ont contraints ces derniers mois à exprimer fortement nos inquiétudes et à relayer le désarroi du monde hospitalier.

Avant de revenir sur ces sujets de préoccupation, et au risque de vous surprendre, je voudrais aujourd'hui profiter de ce moment d'expression plus apaisé pour affirmer d'abord ce qui nous rassemble autour de l'hôpital public.

En effet, si nous nous battons pour le défendre c'est que l'hôpital représente à nos yeux une richesse à préserver.

L'HOPITAL PUBLIC, UNE RICHESSE A PRESERVER

S'il est bien sûr indispensable d'alerter sur les difficultés que nous rencontrons, je crois que nous devons également et parallèlement rendre davantage visibles les atouts et les performances d'un service public qui fonctionne bien, se réforme et continue de promouvoir des valeurs qui sont au cœur de notre modèle républicain.

Parmi ces valeurs je voudrais d'abord insister sur les principes d'égalité et de continuité de l'accès au service public hospitalier.

Au moment où les difficultés économiques continuent de creuser les inégalités, nous pouvons en effet nous réjouir d'œuvrer pour une institution qui accueille toujours tous nos concitoyens, à toute heure et sur l'ensemble du territoire pour leur dispenser des soins de qualité.

Ce principe fondamental d'égalité d'accès aux soins n'est d'ailleurs pas figé, il prend de nouveaux visages et recouvre de nouvelles obligations.

Ainsi, le développement prévisible du risque épidémique et des nouveaux risques sanitaires fixe de nouvelles obligations à l'hôpital: gestion des risques, prévention et gestion des crises... ces nouvelles missions répondent bien à une exigence de solidarité nationale.

Car il faut bien l'admettre, face à la crise c'est bien l'hôpital qui se retrouve en première ligne et doit s'organiser pour répondre aux situations exceptionnelles.

Cela fut bien sûr le cas au cœur de l'été 2003 avec l'épisode de la canicule, cela est encore le cas avec l'admirable réactivité des structures hospitalières réunionnaises qui font face à l'épidémie de Chickunguya, cela est encore le cas aux Antilles et en Guyane face à la Dengue, et cela le sera très certainement en cas d'épidémie de grippe aviaire.

Il est sans doute peu d'entreprises, ou même de services publics capables de réagir aussi rapidement pour assurer une réponse continue aux besoins, même exceptionnels, de la population.

Le rôle croissant de l'hôpital dans la politique de santé publique est aussi une « mission d'intérêt général » qui participe à l'effort de solidarité nationale dans le domaine de la santé.

Solidarité nationale, mais aussi internationale quand les hospitaliers publics s'impliquent dans des actions de coopération ou des actions humanitaires.

A côté de ce principe d'égalité, la notion de continuité de l'accès aux soins me paraît également être une valeur cardinale de notre modèle hospitalier public.

Comme l'égalité, la continuité dans le temps et dans l'espace n'est bien sûr pas figée, elle doit suivre les besoins des populations et les contraintes - ou les opportunités - liées aux évolutions technologiques.

Cependant, je crois, là aussi, que ce principe de continuité d'accès doit être régulièrement valorisé et défendu. La pénurie chronique de moyens et le financement à l'activité peuvent en effet être de puissants leviers de déstabilisation de ce principe dont la mise en œuvre implique des coûts particuliers et des niveaux d'activité particuliers.

Egalité, solidarité, continuité, toutes ces missions propres à l'hôpital public méritent plus que jamais d'être préservées car elles ne sont pas immuables.

Les récents transferts de financements de l'assurance maladie vers les complémentaires tout comme l'augmentation du forfait hospitalier ou du ticket modérateur contribuent à déstabiliser le principe d'égalité d'accès aux soins.

Il en est de même pour les modalités techniques de mise en œuvre de la T2A et en particulier l'évaluation des MIGAC.

Ainsi, l'insuffisante évaluation de l'enveloppe des missions d'intérêt général - comme c'est le cas par exemple sur la question du maintien de capacités d'accueil - compromet très directement le maintien de ces missions à l'hôpital. Je voudrais d'ailleurs rappeler qu'en 2006, l'augmentation de l'enveloppe MIGAC concerne surtout le volet AC et très peu le volet MIG.

Egalité, continuité, ce sont avant tout ces missions qui rendent notre modèle hospitalier public si précieux... mais ce ne sont pas seulement ces missions...

Je voudrais également insister sur le rôle économique d'un hôpital qui, contrairement à ce que voudraient laisser entendre certains de ses détracteurs, n'est pas un puit sans fond dans lequel seraient déversés les crédits de l'assurance maladie.

L'hôpital est une industrie de main d'œuvre qui emploie plus d'un million de salariés et qui à quelques rares exceptions près est le premier employeur de la commune dans laquelle il se trouve.

Compte-tenu de la croissance des besoins de santé dans les prochaines années, l'hôpital, et plus encore les établissements médico-sociaux, représentent ainsi de formidables réservoirs d'emplois.

Créateur d'emplois l'hôpital participe également à la création de richesses économiques.

Le secteur de la santé tout comme celui de la prise en charge des personnes âgées et handicapées sont des secteurs en forte croissance et les sommes consacrées au fonctionnement de nos structures hospitalières et médico-sociales contribuent à les dynamiser. Il suffit pour s'en rendre compte d'observer l'augmentation régulière du nombre des exposants à Hôpital Expo et à Geront'expo.

Mais au-delà de ce rôle de « stimulateurs économiques », nos établissements jouent également un rôle crucial dans le développement du progrès médical en facilitant le lien entre la recherche et l'innovation.

Sur ce point l'action particulièrement dynamique des CHU nous permet à la fois de bénéficier de services de pointe que le monde nous envie, et de stimuler l'innovation dans nos grandes industries biomédicales et pharmaceutiques.

J'inviterais donc volontiers celui qui doute des performances de notre système hospitalier public à prendre un peu de recul et à regarder ce qui se passe ailleurs.

Il constatera ainsi que notre pays est l'un de rares pays européens à ne pas connaître de véritable phénomène de listes d'attente !

Il constatera aussi que quand chaque année ce sont plusieurs centaines de milliers d'étrangers qui demandent à se faire soigner dans nos hôpitaux, il n'y a que quelques milliers de français qui ont recours à des systèmes hospitaliers étrangers.

Il constatera également que sur des sujets où nous nous complaisons pourtant régulièrement à dénoncer nos faiblesses - comme celui de la lutte contre les infections nosocomiales – nous nous situons parmi les meilleurs pays européens.

Il constatera enfin tout simplement que la France est l'un des pays du monde où l'on vit le plus longtemps et où l'espérance de vie sans incapacités ne cesse de croître.

Bref, notre modèle hospitalier public contribue indéniablement à l'attractivité de notre pays et nous pouvons en être fiers.

D'ailleurs les français ne s'y trompent pas et, comme le montre le sondage TNS Sofres que nous avons rendu public la semaine dernière, les français continuent à placer l'hôpital au premier rang de tous les services publics dans notre pays.

Je voudrais aussi insister sur un autre point fort de notre organisation hospitalière qui est – contrairement à une idée largement diffusée – sa capacité à bouger et à se réformer, à s'adapter.

L'HOPITAL BOUGE ET SE TRANSFORME

Je suis en effet, toujours un peu abasourdi quand j'entends certains détracteurs un peu primaires de l'hôpital public stigmatiser son immobilisme...

Non seulement l'activité même des hôpitaux implique une adaptation constante des pratiques et des organisations pour faire face aux évolutions du progrès médical et de la demande de soins, mais très concrètement peu d'autres services publics ont connu autant de réformes structurelles en un temps aussi court.

Depuis une dizaine d'années c'est même une véritable avalanche de réformes qui a déferlé sur l'hôpital : explosion de la réglementation en matière de sécurité sanitaire, création des ARH, mise en place de l'accréditation, mise en place des 35h non médicale puis médicales, nouvelles règles sur les droits des malades, évolution de la planification sanitaire, mise en œuvre de l'APA et réforme de la tarification dans les établissements médico-sociaux, réforme de la T2A, réforme de la gouvernance, mise en place du DMP...et j'en oublie... cette valse à « mille temps » des réformes hospitalières pourrait même nous donner le tournis...

Parallèlement les initiatives des établissements pour moderniser et améliorer leur gestion se multiplient... Le récent livre blanc présenté par les CHU en fourni quelques illustrations frappantes.

On demande, à juste raison, beaucoup à l'hôpital public, et nous sommes prêts à donner sans cesse pour améliorer le service rendu à nos concitoyens, mais on ne peut pas imputer à l'hôpital des blocages qui sont ceux de l'ensemble de notre système de santé.

Les explications de ces blocages sont multiples mais je crois que la principale raison tient à son pilotage insuffisant.

L'éclatement des autorités responsables (Etat d'une part et assurance maladie d'autre part) ainsi que le cloisonnement entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier pourtant condamnés à travailler de plus en plus ensemble est sans-doute le principal obstacle à une modernisation réelle de notre système de santé.

On le voit ainsi par exemple lorsqu'il s'agit d'organiser une permanence des soins efficace qui puisse mobiliser l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire, même si je tiens à

saluer, Monsieur le Ministre, les initiatives que vous avez prises ou allez prendre pour améliorer la situation.

Parallèlement à cette insuffisance de pilotage, un certain nombre de rigidités statutaires contribuent également à freiner les élans modernisateurs. Ainsi - comme vient de le souligner le rapport présenté par la Cour des comptes la semaine dernière sur la gestion des personnels à l'hôpital – certains corporatismes et certaines logiques statutaires trop rigides font souvent obstacle à une gestion dynamique et efficace des ressources humaines de l'hôpital. Si nous n'y prenons pas garde, c'est malheureusement le service public hospitalier qui risque de pâtir de cette situation, au bénéfice d'une offre de soins privée qui, si elle a sa place dans notre offre de soins, ne pourra jamais remplir les mêmes missions.

Dans sa prochaine plateforme sur l'avenir de l'hôpital qui sera rendue publique avant la fin de l'année la FHF fera des propositions.

Car si l'hôpital bouge, la FHF bouge aussi ! Non seulement en organisant la révision de ses statuts - j'y reviendrai cet après-midi à l'occasion de notre convention nationale - mais aussi en se situant clairement dans une dynamique de proposition à travers ce travail en cours sur l'avenir de l'hôpital et du secteur médico-social.

Dynamique de proposition aussi en nous impliquant fortement en ce moment et en allant sur le terrain pour accompagner les établissements dans cette période délicate de négociation puis de mise en œuvre des SROS de 3^{ème} génération.

Nos équipes nationales du pôle offre de soins sanitaire et médico-sociale et du pôle finances de la FHF se sont en effet mobilisées depuis quelques mois pour proposer un diagnostic et fournir à nos adhérents des outils et des méthodes.

Cette volonté d'accompagnement au plus près du terrain se traduit donc par un « tour de France » des régions que la délégation nationale de la FHF a débuté il y a quelques semaines et auquel je participe à chaque étape.

Les messages que nous délivrons à l'occasion de ces déplacements sont simples.

Ils partent du constat que chaque situation régionale et chaque territoire bénéficie d'une structuration particulière de l'offre de soins sanitaire et médico-sociale dont il convient de tenir compte.

Pour bien l'analyser il est indispensable d'utiliser un certain nombre d'outils au nombre desquels doivent figurer les indicateurs et les tableaux de la BDHF.

Ces outils permettent de relever les atouts et les faiblesses de chacun de nos établissements au sein de chaque territoire et, une fois le diagnostic posé d'envisager les stratégies adéquates pour défendre l'offre de soins publique.

Ces stratégies peuvent se réunir autour de l'idée de « stratégie de groupe ». Il ne s'agit pas bien sûr d'opposer le public au privé - dont je veux saluer les représentants ici présents – dans certains cas d'ailleurs les stratégies de groupe devront se concevoir ensemble – mais bien davantage de faire prendre conscience aux établissements que la somme des stratégies individuelles de chaque établissement ne permettra pas le maintien à très court terme d'une offre de soins publique forte et qu'il est donc nécessaire, dans le cadre des territoires, de réfléchir et d'agir à plusieurs.

Cette exigence de « stratégie de groupe » est valable pour l'ensemble des filières de soins mais elle devient vitale dans certains secteurs où l'offre de soins publique est parfois très directement menacée.

Je pense ici par exemple à la problématique de l'offre de soins en chirurgie que le très récent rapport de Guy Vallencien vient de faire surgir brutalement dans les médias.

Je ne vous cache pas que cette communication nous a un peu embarrassés à partir du moment où elle semblait - à travers le prisme simplifiant des médias - opérer un raccourci rapide entre l'existence de 113 blocs en sous-activité et la nécessité de les fermer.

Oubliant d'ailleurs au passage les 44 blocs privés qui sont dans la même situation et laissant ainsi croire que ces problèmes de sous-activité ne concernaient que la sphère publique !

Sur cette question complexe je voudrais simplement rappeler que quand nos instances ont eu à examiner certains cas précis elles ont toujours pris une position responsable – non sans difficultés parfois – privilégiant l'évolution des structures et les regroupements à un strict maintien de l'existant quand il posait des problèmes avérés de sécurité.

Cependant, résumer le débat à une alternative entre sécurité et proximité est une simplification dangereuse.

Les niveaux d'activité doivent représenter des signaux d'alerte et impliquer une évaluation des sites concernés, ils ne peuvent en aucun cas être considérés comme des seuils couperets au-dessous desquels la fermeture s'imposerait.

Ce qui doit guider toute action sur cette question c'est avant toute chose la réponse aux besoins de la population. Et sur ce point chaque situation est différente. On ne peut, depuis Paris, appliquer une grille de lecture unique qui permettrait de résoudre facilement l'équation entre sécurité et besoin de proximité. Il nous semble plus efficace d'organiser, au cas par cas, une offre de soins en complémentarité entre plusieurs niveaux d'établissements hospitaliers qui garantisse à la population qu'elle aura accès, au moment nécessaire, à une prise en charge adaptée à ses besoins.

Sur cette question essentielle de la recomposition de l'offre sanitaire et médico-sociale, le message que nous délivrons à nos adhérents est celui d'une démarche des établissements dans le cadre d'une « stratégie de groupe » comme promoteurs et développeurs et non comme pas comme de simples gestionnaires de l'existant.

Ainsi, nous incitons nos établissements à être promoteurs de projets sur des secteurs d'activité en développement : SSR, HAD, addictologie, soins de longue durée et activités médico-sociale.

Mesdames, Messieurs,

Comme vous l'avez compris je ne souhaite pas entretenir un discours de la plainte dont les sirènes sont parfois tentantes quand la houle se fait plus menaçante.

Je veux donc l'affirmer avec force :
Oui notre système hospitalier marche bien !
Oui l'hôpital se modernise et il est volontaire dans cette modernisation !

Mais... car il y a bien un « mais »...

Ce « mais » tient essentiellement aux difficultés financières qui, depuis quelques années, « scient » littéralement les jambes des hospitaliers les plus entrepreneurs.

LES DIFFICULTES FINANCIERES

A l'occasion du dernier Conseil d'administration de la FHF nous avons eu un long débat sur la situation financière des hôpitaux.

La gravité de cette situation a poussé la FHF et l'ensemble des conférences de directeurs et de présidents de CME a organiser le mois dernier une conférence de presse pour alerter l'opinion publique sur l'ampleur de ces difficultés.

Qu'a t on voulu exprimer précisément ?

Nous avons affirmé trois points essentiels :

- Nos revendications ne sont pas maximalistes,
- Le sous-financement de l'hôpital atteint un niveau « historique »
- Ce sous-financement menace la modernisation de l'hôpital et met en danger le service public hospitalier.

Premier point : les revendications de la FHF ne sont pas maximalistes, bien au contraire. Notre crédibilité repose d'ailleurs sur le caractère responsable de nos prises de position. Sur ce point nous avons donc voulu rappeler que d'une part nos prévisions d'évolution des dépenses hospitalières se sont toujours révélées conformes à la réalité des dépenses réalisées, et que d'autre part elles se fondaient sur une évolution mécanique des dépenses, à moyens constants, sans aucune mesures nouvelles.

Deuxième point : compte-tenu de nos estimations, le décalage entre les moyens accordés par les pouvoirs publics aux hôpitaux et leurs besoins de financement devrait dépasser le milliard d'euros en 2006, un niveau de sous-financement de l'hôpital sans précédent !

Troisième constat : cette déstabilisation de l'hôpital par un rationnement de ses moyens menace la bonne mise en place des réformes qui doivent pourtant contribuer à sa modernisation.

Vous nous avez reçus, Monsieur le ministre, la semaine dernière avec l'ensemble des conférences de directeurs et de praticiens. Nous vous avons redit que l'hôpital ne peut bouger et se moderniser dans un contexte où tous les efforts entrepris, que ce soit dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité ou de la nouvelle gouvernance, se heurtent au mur du sous-financement.

Comment en effet stimuler les professionnels hospitaliers quand ceux-ci ont l'impression que leur rôle va finalement se résumer à la gestion de la pénurie et que même les plus vertueux d'entre eux ne seront pas récompensés ?

Comment motiver des responsables hospitaliers qui ne comprennent plus rien au mode d'élaboration des tarifs et qui ont l'impression que de nombreux cas sont réglés « à part » en fonction de la sensibilité politique de leur situation ?

Comment motiver des responsables hospitaliers qui doivent construire en urgence un budget impossible et doivent appliquer des plans d'économies intenable qui, de toute façon, pour cause de retard dans la procédure budgétaire, ne pourront être mis en œuvre que sur les 6 derniers mois de l'année ?

Personne n'a bien sûr affirmé qu'il n'était plus possible de réaliser encore des économies et des gains de productivité à l'hôpital par le biais de réorganisations indispensables.

Nous soutenons également fortement la démarche d'accompagnement des réformes et en particulier l'accompagnement individuel des établissements en difficulté par les missions d'appui et d'audit.

Mais soyons réalistes, les plans d'économies qui nous ont été demandés en ce début d'exercice budgétaire sont clairement disproportionnés.

La FHF et les hospitaliers ne demandent pas l'impossible, ils exigent simplement que les décisions prises par les pouvoirs publics soient à la fois claires, réalistes, et qu'ils en assument les conséquences. Or, aujourd'hui ces arbitrages impliquent très clairement un plan de réduction de la « voilure » hospitalière publique, et non un simple plan d'économies.

Pour être très clair, nous avons souvent le sentiment qu'on ne nous demande pas – seulement – de faire mieux, mais qu'on nous demande de faire moins !

Nous ne pouvons accepter un discours qui fixe des objectifs inatteignables pour obtenir in fine une restructuration masquée de l'offre hospitalière sans jamais l'avoir assumée. Cette politique de remodelage du paysage hospitalier par la pénurie n'est pas acceptable.

Cette insécurité financière, Monsieur le ministre, n'est pas une exagération de la part de la FHF comme voudraient le faire croire certains. Au jour d'aujourd'hui, alors que beaucoup d'établissements ne nous ont pas encore transmis leurs données c'est exactement 158 hôpitaux – dont 18 CHU - qui ont évalué leur compte prévisionnel d'exploitation en déficit pour un déficit cumulé qui pour l'instant atteint déjà plus de 400 millions d'euros !

Lors de notre entretien, vous nous avez Monsieur le ministre, indiqué que votre intention était bien que les crédits, tels qu'ils avaient été prévus dans l'ONDAM hospitalier, soient bien, sur l'ensemble de l'exercice, affectés aux hôpitaux. Nous attendrons la concrétisation de vos intentions avec patience, mais aussi avec vigilance.

Il y a deux ans exactement, à l'occasion d'Hôpital'expo 2004, Philippe DOUSTE-BLAZY avait annoncé qu'il était temps de « remettre les compteurs à zéro ». Pour remettre les compteurs à zéro, encore eut il fallu que l'on dispose tout simplement, chaque année des moyens budgétaires nous permettant de couvrir nos charges. Or, deux ans plus tard, force est de constater que les « compteurs » sont plus que jamais dans le rouge et que le problème est sans-doute moins à rechercher du côté du tableau de bord que du côté du réservoir ou peut-être même du moteur...

Je ne reviendrai pas ici sur la question de la convergence public – privé, nous nous sommes largement exprimés sur ce sujet et vous connaissez nos positions.

Cependant, nous sommes particulièrement choqués d'observer que de facto, malgré les annonces d'une « pause » dans ce processus, une approche différenciée des tarifs publics et privés se fait au profit du privé, et ceci en particulier en obstétrique.

En matière chirurgicale l'impact tarifaire favorable au privé ne semble pas s'expliquer totalement par l'intégration de certains dispositifs, cela devra être vérifié.

En ce qui concerne la régulation tarifaire nous attendons toujours de connaître, par secteur, la nature des dépassements 2005, et nous contestons les modalités technique de sa mise en œuvre qui nous semblent à la fois injustes peu lisibles.

L'opacité des conditions d'élaboration de ces tarifs et l'invisibilité des flux financiers entre des enveloppes public – privé désormais fusionnées, permettent en fait toutes les manipulations ou ne manque pas, en tous les cas, de donner ce sentiment.

Nous souhaitons aborder cette question des tarifs dans la transparence et non en fonction d'idées reçues comme celles selon lesquelles l'hospitalisation privée coûterait nécessairement moins cher à la sécurité sociale.

En rajoutant simplement le coût des honoraires moyens aux tarifs de certains GHS de l'hospitalisation commerciale comme l'accouchement ou l'endoscopie avec anesthésie nous avons montré clairement que dans bien des cas c'est l'hôpital public qui coûtait moins cher à l'assurance maladie !

Avant de conclure permettez-moi de dire quelques mots sur la psychiatrie et sur la situation du secteur médico-social.

PSYCHIATRIE

La psychiatrie attend la concrétisation du plan santé mentale, mais est également attentive à la question de l'évolution des règles relatives aux soins sans consentement.

La FHF vient d'apprendre avec surprise que la réflexion gouvernementale sur ce sujet est inscrite dans le cadre du projet de loi de prévention de la délinquance.

La communauté hospitalière et les usagers comptent sur vous, Monsieur le Ministre, pour que les questions de santé publique et d'ordre public ne soient pas assimilées en psychiatrie.

MEDICO-SOCIAL

Dans ce domaine la FHF ne peut que saluer la progression dynamique des moyens qui, depuis quelques années, permettent à ce secteur trop longtemps délaissé de retrouver des perspectives et de se moderniser.

La prise de conscience par les pouvoirs publics de l'urgence à agir pour renforcer les moyens d'un secteur médico-social à bout de souffle est salutaire.

Cette dynamique engagée après les conséquences tragique de la canicule de l'été 2003 va dans le bon sens.

Cependant, malgré ces réels efforts, force est de constater que les moyens supplémentaires dégagés ne sont pas à la hauteur du défi considérable que représente le vieillissement inéluctable de notre population dans les toutes prochaines années.

L'écart dans les ratios d'encadrement entre le secteur des établissements hébergeant des personnes âgées et le secteur du handicap est encore considérable.

Il est indispensable d'accentuer encore les efforts en direction de ce secteur pour envisager à une convergence rapide entre les ratios d'encadrement de ces deux secteurs et tendre si possible vers un ratio d'1 agent par résident comme cela est déjà le cas dans de nombreux pays européens.

Par ailleurs, il est crucial qu'à l'occasion du transfert dans le secteur médico-social de certaines capacités de long séjour, il soit mis fin à l'assimilation entre secteur médico-social et médiocrité de la médicalisation. C'est la raison pour laquelle la FHF vous demande d'énoncer clairement que l'intégration dans le secteur médico-social de ces unités ne se traduise en aucune façon par une diminution des crédits d'assurance maladie.

Mesdames, Messieurs,

Pour conclure je voudrais insister sur un dernier point qui me semble encore aujourd'hui insuffisamment pris en compte dans nos débats sur l'hôpital.

Il s'agit de la place des usagers dans notre organisation sanitaire et médico-sociale et des nouveaux droits des malades.

Certes, sur cette question de nombreux progrès ont été accomplis depuis quelques années.

Mais je pense qu'il est indispensable que nous allions encore plus loin dans cette direction en travaillant à la fois à un renforcement des droits des malades et à une amélioration de l'information du grand public sur le fonctionnement de nos établissements.

Le renforcement des droits des malades doit se traduire par une meilleure prise en compte des associations les représentant et par une plus grande implication de ces associations dans les processus de recomposition de l'offre de soins et dans les processus de décision interne dans nos établissements.

Le renforcement des droits des malades implique également une amélioration de leur accès à l'information. La loi du 4 mars 2002 a sensiblement amélioré la situation mais il est nécessaire d'aller au-delà.

Sur ce point, le travail que vous conduisez – Monsieur le ministre – sur la question de la publication d'indicateurs de qualité mérite d'être salué.

Même si ces indicateurs sont bien sûr perfectibles, ils répondent à une exigence de démocratie sanitaire à laquelle nous ne pouvons échapper.

Il faut désormais passer à la vitesse supérieure en intégrant davantage cette exigence d'accès à l'information dans la modernisation en cours des systèmes d'information hospitaliers en profitant des opportunités offertes par les nouvelles technologies et par internet.

Au-delà du renforcement des droits des malades je pense qu'il est également indispensable d'améliorer l'information générale du grand public sur l'hôpital. Ainsi, pourquoi ne pas lancer une réflexion sur l'identification et la publication de quelques « clignotants » comme par exemple certains délais d'attente ?

En effet, l'hôpital est un service public qui concerne toute la société et pas seulement ceux qui y sont directement confrontés comme malades. Je vous rappelle que chaque année c'est un français sur trois qui franchit l'enceinte d'un hôpital que ce soit pour lui-même ou bien pour rendre visite à ses proches.

Or, traditionnellement et culturellement l'hôpital s'exprime peu auprès du grand public.

Pourtant, pour valoriser son activité et expliquer son fonctionnement, l'hôpital doit davantage prendre en compte cette exigence de communication auprès du grand public.

C'est dans cette perspective que nous avons souhaité organiser cette année un espace spécialement dédié au grand public dans le cadre d'Hôpital'Expo.

En retraçant le parcours d'un patient cette exposition baptisée « L'Hôpital demain » montre aux visiteurs de manière pédagogique et interactive comment fonctionnent nos

établissements hospitaliers et quelles vont être les grandes évolutions technologiques et organisationnelles qui vont façonner l'hôpital dans les années qui viennent.

Je vous invite donc tous à découvrir cette importante innovation d'Hôpital'Expo 2006.

C'est également dans cette perspective de communication en direction du grand public que la FHF a décidé de lancer d'ici la fin de l'année un grand portail d'information sur l'hôpital : « hospital.fr ». Ce portail rassemblera de nombreuses informations pratiques sur les établissements hospitaliers et permettra de répondre aux nombreuses questions que se posent ceux qui s'interrogent sur leur hospitalisation ou sur celle de leurs proches.

Cette exigence d'un « hôpital hors ses murs », d'un hôpital qui va à la rencontre du grand public, doit également impliquer des liens renforcés avec le monde de l'éducation nationale. Ainsi, au moment où l'on parle de « socle commun minimum » pour l'enseignement du second degré il nous apparaît indispensable d'associer aussi davantage le monde hospitalier dans ces actions d'éducation pour la santé, qui, chacun le sait, représentent le moteur le plus puissant d'amélioration de la santé publique.

Toujours dans cette même logique d'ouverture, l'hôpital doit aussi davantage se saisir du problème crucial de la valorisation de ses métiers auprès des plus jeunes. Depuis 4 ans maintenant, la FHF – avec toutes les autres fédérations hospitalières - demande sans succès qu'une grande campagne nationale de promotion des métiers de la santé soit mise en place et que soit créé un GIP spécifiquement dédié à cette mission qui rassemblerait les fédérations et le ministère de la santé pour permettre une plus grande réactivité ainsi qu'une mobilisation pluriannuelle et une sécurisation de ses moyens.

Un projet de campagne semble enfin se dessiner à l'horizon... Nous ne pouvons que nous en réjouir mais nous déplorons l'ambition réduite de ce projet qui pour des raisons de moyens budgétaires insuffisants se privera d'une communication audio-visuelle pourtant indispensable à ce type de démarche.

Nous serions très heureux, Monsieur le Ministre, si vous acceptiez, dans le cadre de la préparation des prochains PLF et PLFSS de vous pencher de nouveau sur le projet de GIP de promotion des métiers de la santé que nous avons proposé avec les autres fédérations il y a déjà plusieurs années.

Mesdames, Messieurs,

Je voudrais, en terminant mon propos, vous assurer que dans cette période difficile pour l'hôpital, la FHF sera – plus que jamais – à vos côtés pour vous accompagner et vous défendre.

Je continuerai à m'attacher à ce que notre fédération poursuive bien cette double exigence de défense des valeurs d'un modèle hospitalier public que nous tenons à préserver, et de promotion de son indispensable modernisation.

Je vous souhaite un excellent Hôpital'Expo 2006 !

Je vous remercie.